

CONSULTA EN SALA

**MAESTRIA EN SALUD PUBLICA
UNIVERSIDAD DEL SALVADOR**

TESINA

**ESTRUCTURA Y RESULTADOS DE LOS
SERVICIOS DE DIAGNOSTICO POR IMAGENES
EN LOS HOSPITALES DEPENDIENTES
DEL GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES**

APROXIMACION AL ANALISIS DE LA SITUACION ACTUAL

Autora: Dra. Laura Feiguelman

Tutor: Prof. Dr. Luis Fodaro

Directora de la Carrera: Prof. Dra. Liliana Licciardi

Buenos Aires, Abril de 1999.-



Nuestro agradecimiento por su inestimable colaboración a:

- *Prof. Dr. Luis Fodaro*
- *Lic. Josefina S. De Mendoza Padilla*
- *Lic. Magdalena Rey*
- *Sra. Alicia Senra*

USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

INDICE

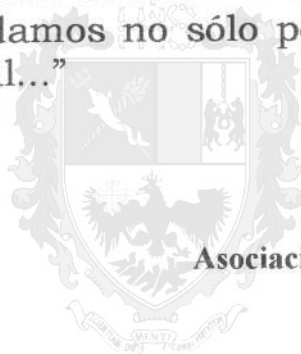
	Página
I- INTRODUCCION	1
• Objetivo General	5
• Eje conceptual	6
• Propósito de esta investigación	6
• Justificación	7
• Marco conceptual	7
• Calidad, su estudio e interpretación	9
• Calidad y tecnología: su evaluación	12
• Calidad Total en la atención médica	17
• La calidad en la atención primaria de la salud	19
• Descentralización	21
• Calidad asociada a Gerencia de Salud	22
• Calidad en la Administración de Recursos Humanos	25
• Teoría de los objetos	27
• Indicadores	29
• Patrón y desvíos	30
• Estándares	31
• Normas ISO	31
• Habilitación y acreditación	34
• Definiciones operativas	35
• El color y la iluminación en el Hospital	37
• Derechos y deberes de los pacientes	38
II- OBJETIVOS DETALLADOS DE ESTA INVESTIGACION	40
III- METODOLOGIA Y MATERIALES A UTILIZAR	42
• Variables	43
IV- ENUNCIACION DE LOS INDICADORES A OBTENER	44
V- PLAN DE ACTIVIDADES	46
ENCUESTAS:	47
1. Registro de información para Jefes de Servicio y de Patrimonio	48
2. Planilla de observación <i>in situ</i> de los espacios de atención al paciente	49
3. Cuestionario para el paciente	51
4. Aclaración del sentido de las preguntas a los pacientes	53
5. Instrucciones para los encuestadores	54

VI- DESCRIPCION Y ANALISIS DE LOS DATOS OBTENIDOS	56
A- Estructura del Area de DxI de cada hospital	56
B- Recursos humanos	58
C- Producción de los servicios de DxI	60
D- Indicadores de uso	67
VII- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	79
• Relativas a la estructura	79
• Relativas a la producción	80
• Indices de uso	81
• Etapa de observación en 3 hospitales	82
• Resultados de la Encuesta del grado de satisfacción de los pacientes	85
• Conclusiones de la etapa de encuestas	100
• Protocolo de evaluación continua del grado de satisfacción del paciente	103
• Sistema de monitoreo y evaluación del estado de la aparatología	104
VIII- BIBLIOGRAFIA Y FUENTES DE INFORMACION	106
ANEXO	112
1- Cálculo del nivel socioeconómico	
2- Lista de ocupaciones según el nivel socioeconómico	
3- Programa Nacional de Calidad	



USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

“El progreso ha ido demasiado rápido para que lo podamos apreciar y nos quedamos no sólo perplejos, sino en un estado de vértigo intelectual...”



Sir William Osler, MD, FRS, Bt:

**Discurso pronunciado en la
Asociación Médica Británica, Montreal, 1897**

USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

1- INTRODUCCION

En 1887 en la Ciudad de Buenos Aires, había 433.375 habitantes, según el Censo de Población de ese mismo año.

Para dicha población existían 13 hospitales, abarcando los hospitales que no dependían del Estado.

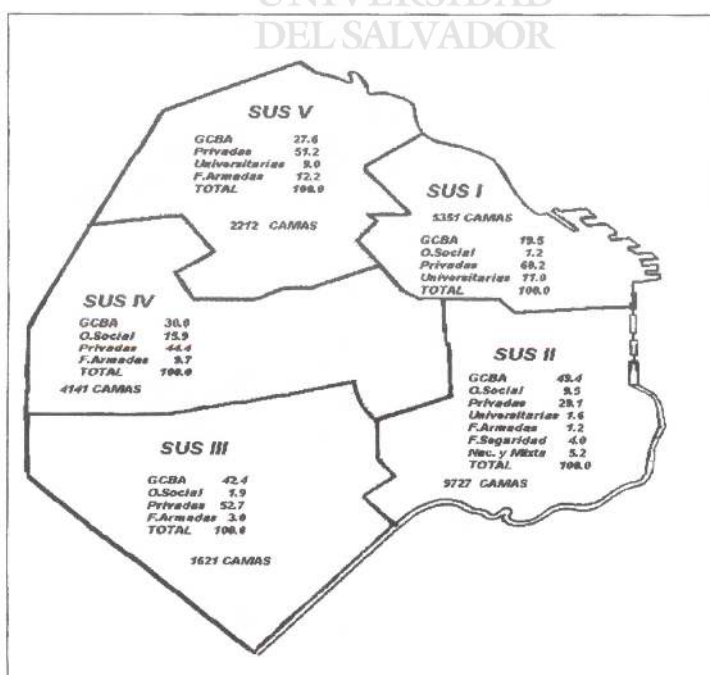
Se disponía de 4 camas cada 1.000 habitantes.

Actualmente se dispone de 7,6 camas cada mil habitantes, considerando una población de 3.027.886 habitantes y un total de camas disponibles, de 23.052, número en el que se incluyen tanto las camas de los establecimientos públicos, como las de los privados y los de las obras sociales. Es decir, tomando en cuenta los tres sub-sistemas, (Establecimientos Asistenciales dependientes del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires; clínicas y hospitales pertenecientes a Obras Sociales y aquellos pertenecientes a planes de salud privados), que conforman el Sistema de Salud de esta ciudad.

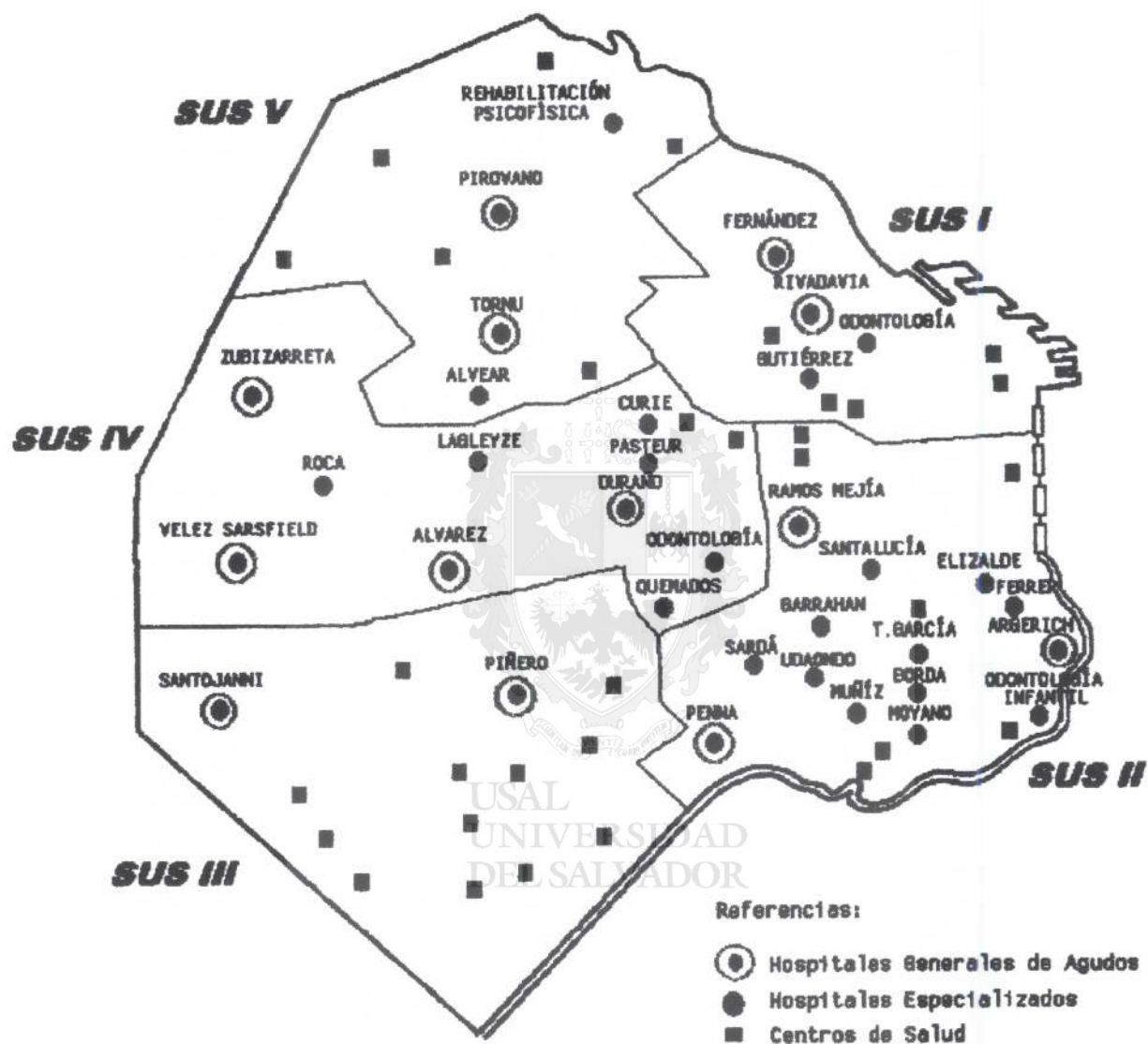
Camas disponibles es el número de camas realmente instaladas en el establecimiento, en condiciones de uso para la atención de pacientes internados, independientemente de que se encuentren ocupadas o desocupadas.

En la Ciudad de Buenos Aires, la disponibilidad de servicios del Sub-sector Público, se encuentra organizada en los llamados **Sistemas Urbanos de Salud (SUS)**: Se trata de la división del área geográfica de la ciudad, en 5 zonas. SUS I- II- III- IV y V. Las camas de dichas zonas se distribuyen de la siguiente manera:

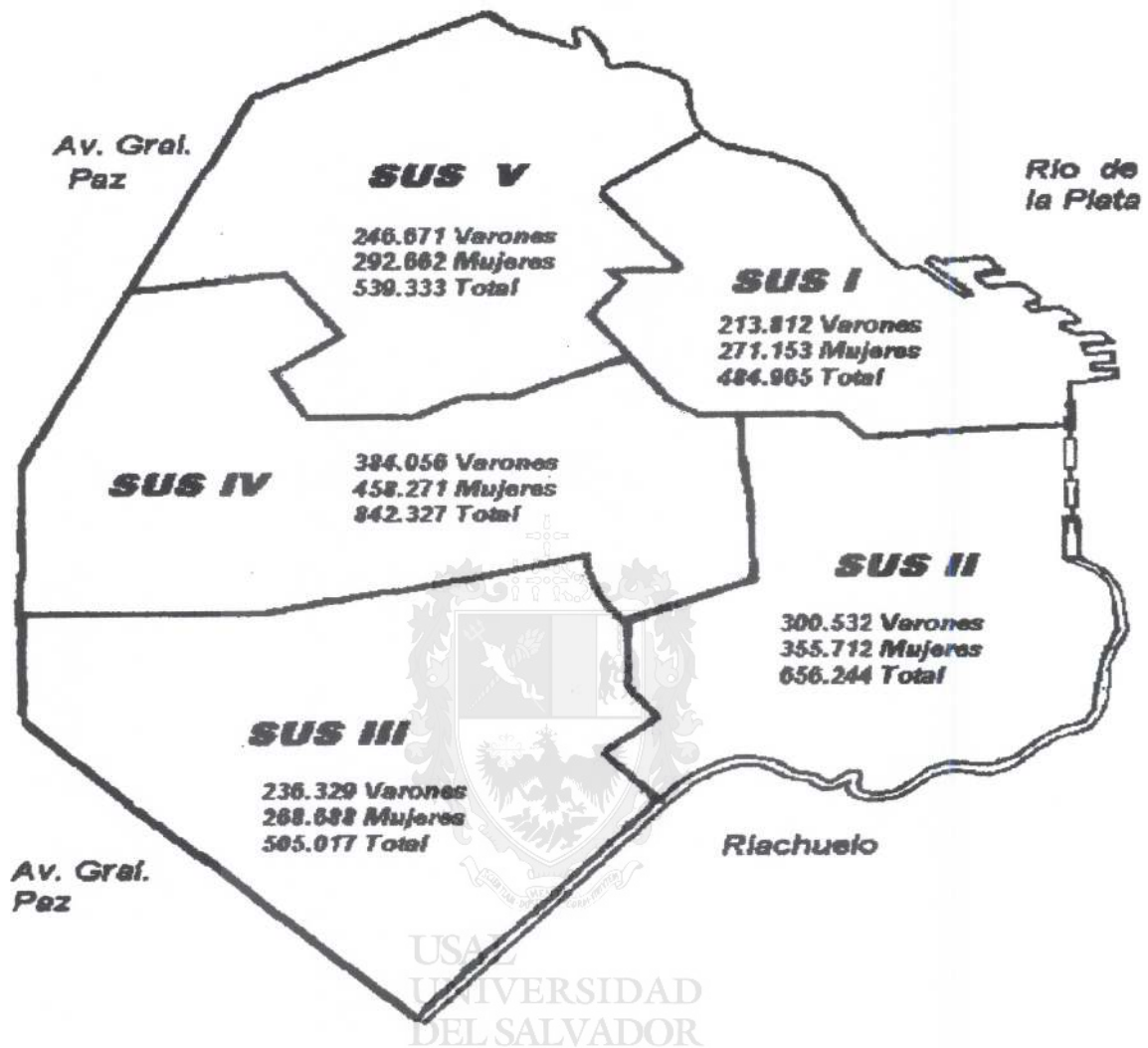
CAMAS Y % DE CAMAS POR DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA Y SISTEMAS URBANOS DE SALUD
Ciudad de Buenos Aires - Año 1995



Los Establecimientos Asistenciales dependientes del Gobierno de la Ciudad, se ubican de la siguiente manera, según el SUS al que pertenecan:



La población correspondiente a cada SUS es la que sigue:



Pero hoy ya no es suficiente con que los hospitales posean el número de camas adecuado a la población a la que responden, puesto que el avance tecnológico torna indispensable una serie de recursos humanos y físicos con los que antes no se contaba y que se han transformado en necesarios, tanto para el paciente que lo demanda, como para el profesional que lo utiliza.

Como se sabe, el desarrollo tecnológico creciente en materia de salud, tiene una influencia particular en los Servicios de Diagnóstico por Imágenes, puesto que se generan nuevas demandas a la par que ofertas de nueva aparatología. Las mismas tienen origen en las modernas concepciones de Calidad de Atención Médica, las que impulsan el desafío de idear instrumentos y sistemas que fomenten el deseo que tienen los profesionales de la salud, de mejorar los servicios y al mismo tiempo, satisfacer las expectativas de los pacientes y demás usuarios, acortando los tiempos de internación y optimizando los diagnósticos.

A los fines de esta presentación, llamaremos " Servicio de Diagnóstico por Imágenes" (DxI) al sector hospitalario donde se efectúan los siguientes procedimientos: Radiológicos; ultrasonográficos; TAC; de medicina nuclear, de mamografías y de resonancia magnética. No obstante, acotaremos este desarrollo a los tres mencionados en primer término: 1- Radiológicos; 2- Ecográficos; 3- Tomográficos

Respecto del tema de Calidad en Salud, veamos algunos hitos del desarrollo del concepto de calidad, los que se verán más adelante con mayor detalle:

En 1950, se invitó al Dr. W.E. Deming a colaborar con la International Standard Organization (ISO) y así fue como difundió sus teorías sobre el control estadístico de la calidad y expuso el llamado Deming Cycle (ciclo Deming de calidad), que consistía en planificar, hacer, chequear y actuar. Lo más importante para él era el cambio de actitudes de la gerencia. Consideraba importante que la gerencia contara con la confianza y el respeto de sus colaboradores y que ellos participaran en todos los programas de mejora.

En 1954, J. M. Juran visitó Japón y enfocó sus trabajos en aspectos tales como planeamiento, organización, responsabilidad de la gerencia, establecimiento de metas y estrategias. Juran relacionó estos aspectos con la calidad y planteó un movimiento hacia el control total de la calidad (TQC)

En la década del 70 surgen propuestas como las siguientes:

1. Integración de los diferentes tipos de instituciones que interactúan en un sector, en la resolución de problemas
- 2- Planificación participativa, con inclusión de la población en las organizaciones.

En 1980 se reúne en Ottawa (Canadá), el Comité Técnico 176, que daría posteriormente origen a las normas llamadas ISO- 9000, para medición de los niveles de calidad garantizados por los establecimientos asistenciales.

En 1986 en Los Angeles (California)- USA- se suscribe el " Manifiesto a favor de la Calidad", firmado por los ex- presidentes de la American Society for Quality Control. Allí se afirma que la calidad es " una actitud personal que debe hacerse presente en todas las actividades y en todos los lugares donde uno se desempeña".

En esta década del '80, podemos decir que el logro de la calidad se busca a partir de la planificación estratégica, con los siguientes puntos destacables:

- 1- Reconocimiento de la existencia de más de una racionalidad para interpretar la realidad.
- 2- Necesidad de acuerdo, concertación, consenso y otras formas de coordinación de voluntades, antes de la toma de decisiones.
- 3- Reconocimiento de la no-existencia de normas que permitan prever resultados de manera simple, en el ámbito de la salud.
- 4- Se señala que el planificador no determina por sí solo la evolución del sistema, sino que la planificación resulta de las transacciones entre las partes involucradas en el proceso.
- 5- El planificador forma parte del sistema.
- 6- Se incorpora la visión y preocupación por los sistemas locales de salud.

En la década de los '90 la calidad de la atención médica, pasa a ser el eje de toda planificación. Surge una corriente que se ha preocupado por la "calidad del factor humano", como base de la calidad de las organizaciones.

En otro sentido, se llegó a la conclusión de que la mala calidad no es un buen negocio: el costo de la mala calidad representa, en las entidades de servicios, hasta más del 30% de los costos totales.

A continuación, trataremos el Objetivo General de este estudio, así como el Marco Conceptual dentro del que se desarrollarán y posteriormente se detallarán los puntos que incluye el Objetivo General, y la Metodología utilizada para recabar la información necesaria.

OBJETIVO GENERAL

El **objetivo central** de este estudio, consistió en **formular indicadores de uso** de la tecnología en los Servicios de Diagnóstico por Imágenes, en **29 Hospitales** dependientes del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. No se tomaron los establecimientos de especialidad de Odontología y el Centro de Salud Mental Ameghino, puesto que no brindan el tipo de servicios que hemos planteado en la definición anteriormente mencionada.

Se operó con tres **objetivos específicos**:

a) **Describir** la **estructura** de los servicios antedichos, tanto en el aspecto de su equipamiento, como en los recursos humanos de que disponen. Etapa en la que se incluyeron los **29 Hospitales**, dependientes del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

b) **Recabar información sobre la producción del área** de Diagnóstico por Imágenes, de los **29 Hospitales** ya mencionados.

c) **Explorar** el grado de **satisfacción** de los pacientes con la calidad de la atención que recibieron en dichos servicios. Esta etapa exploratoria de la investigación, se llevó a cabo en **3 Hospitales Generales de Agudos** (Ramos Mejía; Piñero y Fernández).

En la Ciudad de Buenos Aires, los Establecimientos Asistenciales dependientes de su Gobierno, están agrupados de la siguiente manera:

1- Hospitales: Generales de Agudos (13); Generales de Niños (2); Especializados (14). En total = **29**

2- Establecimientos sin internación: Odontológicos (3).

3- Centro de Salud Mental (1)

EJE CONCEPTUAL

La más antigua de las medidas de calidad en salud, se refiere al establecimiento de estándares para la práctica profesional teniendo presente el paradigma **ESTRUCTURA- PROCESO- RESULTADO**, en donde:

Estructura =Recursos físicos, aparatología y recursos humanos. Siguiendo a Pérez Peñalva, diremos que: "Una buena estructura, recursos suficientes, calificados, distribuidos organizacionalmente de una manera adecuada, es un medio importante para proteger y promover la calidad de la atención". Para este trabajo se excluye la evaluación del recurso físico, salvo en los hospitales Ramos Mejía, Piñero y Fernández.

Proceso= acciones que constituyen la actividad médica. Este nivel de análisis no fue encarado en este estudio, precisamente porque los Servicios de Diagnóstico por Imágenes son áreas de producción intermedia, y realizar un seguimiento de todos los procesos que entran en juego antes y después de las actividades particulares de los mismos, debería ser trabajo para una investigación específica, extendida en el tiempo y como único tema.

Resultado= aquello que se logra con el paciente. De la misma manera que hemos encontrado discrepancias en relación a la información respecto de la estructura, en lo que se refiere a los resultados, tenemos que: Desde el punto de vista de la modificación del estado de salud/ enfermedad del paciente, se encuentra la información pertinente en las Historias Clínicas de cada paciente, pero no se hallan datos sobre el grado de satisfacción subjetiva que presenta el paciente, ni encuestas de satisfacción. Teniendo siempre en cuenta que el paciente no está en condiciones de opinar sobre cuestiones técnicas, pero sí humanas. Desarrollamos una indagación sobre este último punto, pero por razones prácticas, no se extendió a los 29 Hospitales antes señalados, sino que se aplicó a 3 de ellos: Ramos Mejía, Piñero y Fernández. Estos hospitales fueron elegidos debido a su ubicación geográfica y pertenencia a diferentes SUS

PROPOSITO DE ESTA INVESTIGACION

Dada la situación de base anteriormente expuesta, nuestro objetivo general se desglosó en sub-propósitos específicos:

1-Recabar información y describir el equipamiento, el recurso humano y la producción registrada entre 1º de enero y 31 de diciembre de 1997, en los Servicios de Diagnóstico por Imágenes, de los **29** Hospitales mencionados en el Objetivo General.

2- Describir las tasas de uso de los Servicios de Diagnóstico por Imágenes de los mismos hospitales, en igual período de tiempo.

3-Observar y describir la estructura edilicia de los Servicios de DxI, pertenecientes a los 3 Hospitales Generales de Agudos anteriormente mencionados.

4- Proponer protocolos que evalúen el grado de satisfacción del usuario.

JUSTIFICACION

La importancia creciente del sector, su participación en la prevención, atención y seguimiento de los estados de salud/enfermedad de la población usuaria de dichos recursos, explica nuestro interés en el tema en desarrollo.

Por otra parte, Humberto de Moraes Novaes, en un texto producido para la OPS/OMS, señala que "La propuesta de implementación de programas nacionales de acreditación de hospitales, como estrategia para la mejoría de la calidad..." llevó a observar que "pese a los avances de la región, (América Latina y el Caribe) en materia de salud sus 15.000 hospitales presentan significativos grados de deterioro, ya sea en sus aspectos físicos o en su funcionalidad", concluye que "es entonces de extrema necesidad, fijarnos estándares mínimos, apoyados por indicadores de bajo costo, para que todos los hospitales (de la región), puedan ser acreditados en un futuro no muy lejano."

MARCO CONCEPTUAL

El eje conceptual en el que nos basamos, es la **Declaración de Alma Ata, de 1978**, en la que se enunciaron los principios fundamentales del nuevo paradigma de atención primaria para la salud, como clave para conseguir un nivel aceptable de salud para todos al comienzo del nuevo milenio. Allí se decía: "La salud, estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental". La salud es un concepto positivo.

El **Dr. Luis Pico** aclara algunos puntos de esta definición: la salud es algo dinámico, puesto que no perdura estable con el correr de los años. No puede haber salud sin un equilibrio espiritual, de sentirse feliz con uno mismo, dice el autor. Se agregaron explica, "otras dimensiones" (la salud), no es un mero estado de ausencia de enfermedad", sino que es el que "permite a las personas llevar una vida social y económicamente productiva".

Algunas afirmaciones vertidas en sus clases, inspiraron esta investigación, ellas fueron:

- 1) "Tenemos que buscar qué instrumentos poseemos para alcanzar los objetivos en salud..."
- 2) estamos trabajando para la salud y no para la enfermedad,
- 3) no podemos seguir repitiendo la irracionalidad de los presupuestos, **no necesitamos más plata, necesitamos hacer un gasto racional de los recursos...**
- 4) los cambios de estructura son la consecuencia de un análisis muy serio y a través de estudios que nos permitan decir qué tenemos que modificar...
- 5) la salud no se va a regalar...
- 6) **la única competencia va a ser la calidad...**
- 7) un modelo tomará en cuenta que la orientación política, la orientación estratégica, y los programas prioritarios que se definan, están enfocados hacia la imagen- objetivo que se desea alcanzar".

Uno de los elementos a lograr, es la transformación del modelo de atención médica... se necesita tener hábitos, más habilidades, más destreza en el manejo de los conocimientos y a esto